·指南解读·

2022 年美国预防临床服务指南工作组《儿童和青少年抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》解读

章琪[1]，和申[1]，李华[1，2*]

1.200030 上海市，上海交通大学医学院附属精神卫生中心心境障碍科
2.200025 上海市，上海交通大学护理学院
*通信作者：李华，副主任护师；E-mail：lihua9262008@163.com

【摘要】 美国预防临床服务指南工作组（USPSTF）于 2022 年在 JAMA 发布了《儿童和青少年抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》（以下简称 USPSTF 声明），并发布了最新证据报告和系统评价结果，建议对 12~18 岁的青少年进行抑郁症筛查。但由于缺乏足够的证据，USPSTF 声明目前无法确定儿童和青少年自杀风险筛查的利弊。本文结合国内外文献对 USPSTF 声明的内容进行解读，从抑郁症和自杀行为的概念、危险因素、筛查工具、早期筛查的利弊、治疗和干预及 USPSTF 声明对初级保健医护人员的指导价值等方面进行概述，旨在为医护人员对儿童和青少年抑郁症和自杀风险筛查的临床实践提供参考。

【关键词】 抑郁症；自杀；儿童和青少年；筛查；美国预防临床服务指南工作组；声明
【中图分类号】 R 749 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0569

Interpretation of *Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents：US Preventive Services Task Force Recommendation Statement* 2022

ZHANG Qi[1]，*HE Shen*[1]，*LI Hua*[1，2*]
1.Division of Mood Disorders，Shanghai Mental Health Center，Shanghai Jiao Tong University School of Medicine，Shanghai 200030，China
2.School of Nursing，Shanghai Jiao Tong University，Shanghai 200025，China
**Corresponding author：LI Hua，Associate chief nurse；E-mail：lihua9262008@163.com*

【Abstract】 In 2022，the United States Preventive Services Task Force（USPSTF）published a recommendation statement on *Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents：US Preventive Services Task Force Recommendation Statement* in JAMA with an updated evidence report and results of a systematic evaluation（USPSTF statement）. The statement suggested screening for major depressive disorder in adolescents aged 12 to 18 years. However，the evidence regarding the risks and benefits of suicide screening for children and adolescents is insufficient，making it challenging to determine its overall impact. This article interprets the content of the USPSTF statement in the context of the national and international literature，including the concepts of major depressive disorder and suicidal behaviours，risk factors，early screening tools，pros and cons of early screening，treatment and interventions，and the value of the USPSTF statement in guiding primary care providers. Intending to serve as a reference for clinical healthcare professionals involved in the screening of children and adolescents for depression and suicide risk.

【Key words】 Major depressive disorder；Suicide；Children and adolescents；Screening；United States Preventive Services Task Force；Statement

基金项目：上海市精神卫生中心院级重点课题（2022ZD02）
引用本文：章琪，和申，李华. 2022 年美国预防临床服务指南工作组《儿童和青少年抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》解读［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0569.［Epub ahead of print］.［www.chinagp.net］
ZHANG Q，HE S，LI H. Interpretation of Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents：US Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2022［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］.

抑郁症（major depressive disorder，MDD）是儿童和青少年中较常见的精神疾病之一。儿童和青少年因生理发育迅速且心理敏感脆弱，因而更易患 MDD[1]。《中国国民心理健康发展报告（2021~2022）》[2]显示，2022 年中国青少年抑郁风险检出率为 14.8%，其中重度抑郁风险检出率为 4.0%。这一数据表明，我国青少年群体正面临着一个相对较高的心理健康风险水平。MDD 发病群体呈年轻化趋势，社会亟需重视儿童和青少年的心理健康[3]。总体而言，儿童和青少年 MDD 的表现与成年患者相似，但各年龄段的特点有所不同。例如，在学龄前儿童中，照护者观察到孩子对游戏的兴趣减退，这可能是一个重要的警示信号[4]；对于学龄儿童，易怒、脾气暴躁、低挫折容忍度和躯体症状可能更为突出；而在青少年中，悲伤情绪、生理功能紊乱和自杀行为可能更常见[5]。这些不同年龄段的发展性差异增加了 MDD 诊断的复杂性。

儿童 MDD 通常未能及时得到必要的筛查、诊断和治疗，至少 50% 的 MDD 青少年直到成年后才被诊断[6]。儿童和青少年 MDD 是一种常见的、慢性的、复发性的和使人衰弱的疾病状态，导致学业和社会功能的损害[7-8]。MDD 的复发率很高，1~2 年内青少年的复发率为 20%~60%，5 年后为 70%[9]。MDD 还会使自杀意念、自杀企图和自杀完成的风险增加[10]，而自杀已成为 10~19 岁青少年的第二大死因[11]，因此对儿童和青少年开展早期的系统性筛查变得尤为关键。

2022-10-11，美国预防临床服务指南工作组（United States Preventive Services Task Force，USPSTF）在 JAMA 发布了《儿童和青少年抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》[8]（以下简称 USPSTF 声明），该声明是对 2014 年发布的《青少年自杀风险筛查推荐声明》[12]和 2016 年《儿童和青少年抑郁症筛查推荐声明》[13]的更新，总结了最新证据并提供了系统评价的结果。本文结合国内外临床研究，对 USPSTF 声明的重点内容进行解读，旨在为医护人员对儿童和青少年 MDD 和自杀风险筛查的临床实践提供参考。

1 概念定义

1.1 MDD 的概念

MDD 是一种常见且严重的精神疾病。根据精神障碍诊断与统计手册（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM）-5 标准，MDD 的定义为：个体在至少 2 周的时间内，经历轻度到重度的持续悲伤，对日常生活失去兴趣。此外，还可表现为易怒、注意力不集中和躯体问题（如睡眠障碍、精力减退和食欲改变）[14]。MDD 是常见的复发性疾病，给家庭和社会带来了沉重的负担[15]。USPSTF 声明中仅聚焦于对 MDD 进行筛查，并不涉及对其他抑郁障碍的筛查。

1.2 自杀行为的概念

USPSTF 声明定义了“自杀行为（suicidal behavior）”这一术语，涵盖了自杀意念（suicidal ideation）、自杀企图（suicide attempts）和自杀完成（suicide completion）三种情形[8]。自杀意念是指思考、考虑或计划自杀；自杀企图是指意图导致死亡的非致命性、自我导向性的潜在伤害行为；自杀完成是指由自我伤害行为导致的死亡，且该行为的意图是为了致死。

USPSTF 声明的适用人群：未被确诊患有精神疾病，或未表现出公认的抑郁症状或自杀风险迹象的儿童和青少年[8]。

2 USPSTF 声明总结

2.1 儿童和青少年 MDD 筛查

USPSTF 声明更新了 2016 年 USPSTF 关于儿童和青少年 MDD 筛查的推荐，更新后的 USPSTF 声明扩展了适用人群的范围，不仅涵盖了未被诊断为 MDD 的 18 岁及以下个体，也包括了那些没有表现出明显抑郁症状或自杀风险迹象的儿童和青少年。总体来看，2022 年更新后的 USPSTF 声明与之前的推荐声明一致，即推荐对 12~18 岁的青少年进行 MDD 筛查（推荐证据：B 级）；但对于 11 岁及以下儿童，现有证据不足以评估该人群进行 MDD 筛查的利弊，故无法给出推荐意见（推荐证据：Ⅰ级）（表 1、2）。

2.2 儿童和青少年自杀风险筛查

USPSTF 声明更新了 2014 年发布的《青少年自杀风险筛查推荐声明》[12]，2014 年 USPSTF 声明指出，证据不足以评估青少年自杀风险筛查的利弊（推荐等级：Ⅰ级）[12]。而 2022 年 USPSTF 声明再次得出结论，儿童和青少年自杀风险筛查的获益和危害的现有证据仍然不足，无法确定筛查的利弊（推荐证据：Ⅰ级）（表 1、3）。USPSTF 声明指出了目前存在的关键证据缺口，并强调了开展更多随机对照试验（randomized controlled trial，RCT）的迫切需求。这些研究应该评估在初级保健机构中对儿童和青少年进行自杀风险筛查的益处和危害，并与不进行筛查或常规护理进行比较。此外，建议未来研究提供更多关于自杀风险筛查测试的性能特征（准确性、灵敏度、特异度等）的详细信息，以增强筛查工具的选择和应用。

3 危险因素评估

3.1 MDD 的危险因素

MDD 的病因尚不完全清楚，可能涉及遗传、生物和环境因素的综合作用[13]，如 MDD 家族史、既往有 MDD 或其他精神病病史或行为问题。儿童和青少年

表 1 USPSTF 声明总结
Table 1 Summary of USPSTF recommendation statements

人群	推荐	等级(级)
青少年(12~18 岁)	USPSTF 推荐对 12~18 岁的青少年进行 MDD 筛查	B
儿童(≤ 11 岁)	USPSTF 认为现有证据不足以评估 11 岁及以下儿童 MDD 筛查的利弊	I
儿童和青少年	USPSTF 认为现有证据不足以评估儿童和青少年自杀风险筛查的利弊	I

注:USPSTF= 美国预防临床服务指南工作组,MDD= 抑郁症;等级 B 为 USPSTF 推荐该服务,中等净收益,把握度中等;等级 I 为现有证据不足、质量较差或存在冲突,故无法确定利弊平衡,若提供该服务,患者应了解利弊平衡的不确定性。

表 2 USPSTF 的基本原理总结(MDD 筛查)
Table 2 Summary of USPSTF rationale(screening for MDD)

基本原理	儿童(≤ 11 岁)	青少年(12~18 岁)
检测	在初级保健中,关于 11 岁及以下儿童 MDD 筛查工具的证据不足	充分证据表明,MDD 筛查工具可以准确识别初级保健中 12~18 岁青少年的 MDD
早发现和早干预的益处	关于在初级保健中对 11 岁及以下儿童进行 MDD 筛查健康结果获益的直接证据不足;关于对筛查出患有 MDD 的儿童进行治疗的益处的证据不足	关于在初级保健中对青少年进行 MDD 筛查健康结果获益的直接证据不足;充分证据表明,通过青少年筛查检测到的 MDD 治疗与中等净收益相关(例如,抑郁症状或反应得到改善);充分证据表明,筛查和早期治疗青少年 MDD 与改善疗效之间存在联系
早发现和早干预的危害	关于对 11 岁及以下儿童进行 MDD 筛查或治疗的危害的证据不足	没有直接证据表明筛查对青少年 MDD 的危害;充分的证据表明筛查和心理治疗的危害程度很小,基于使用筛查工具的危害性小,证据的有限性以及心理治疗干预措施的非侵入性(当直接证据有限、缺乏或仅限于特定人群或临床情况时,USPSTF 可能会对获益或危害的程度设定概念性的上限或下限)
USPSTF 评估	对 11 岁及以下儿童进行 MDD 筛查的益处和危害尚不确定,无法推断筛查的利弊平衡	在 12~18 岁的青少年中进行 MDD 筛查具有中等净收益,把握度中等

MDD 的危险因素包括女性、年龄较大的儿童和青少年、家庭成员(尤其是母亲)有 MDD 病史、既往抑郁发作、其他心理健康或行为问题、慢性疾病、超重和肥胖等[3,13]。MDD 的其他心理社会风险因素还包括童年期遭受虐待或忽视、经历创伤性事件、欺凌行为(无论是作为施暴者还是受害者)、不利生活事件、早期暴露于压力、不安全的亲子关系、性取向模糊、学习表现不佳[8,13]。针对上述危险因素,USPSTF 声明建议研究者对由性别、种族和民族、性取向及性别认同所定义的特定群体,开展更多关于 MDD 筛查的研究。这一呼吁基于对 MDD 不同风险因素的认识,旨在促进更精准的预防和干预措施,以减少儿童和青少年群体中 MDD 的发生率。

表 3 USPSTF 的基本原理总结(自杀风险筛查)
Table 3 Summary of USPSTF rationale(screening for suicide risk)

基本原理	儿童和青少年
检测	由于缺乏研究,关于儿童和青少年自杀风险筛查的准确性的证据不足
早发现和早干预的益处	关于自杀风险筛查对接受筛查者与未接受筛查者的健康结局获益,尚没有研究报告;关于自杀风险干预(即心理治疗、药物治疗或协作护理)对改善儿童和青少年健康结局有效性的证据不足。证据有限,研究结果也不一致
早发现和早干预的危害	由于缺乏研究,没有充足的证据评估儿童和青少年自杀风险筛查的潜在危害;由于缺乏研究,没有充足的证据评估心理治疗、药物治疗或协作护理治疗对儿童和青少年自杀风险干预的潜在危害
USPSTF 评估	对儿童和青少年进行自杀风险筛查的获益和危害无法确定,无法评估利弊

3.2 自杀行为的危险因素

自杀风险因性别或性取向而异[8]。一项关于 5~17 岁黑种人儿童和青少年自杀特点和趋势的研究,使用了来自疾病控制和预防中心(Centers for Disease Control and Prevention,CDC)基于网络的伤害统计查询和报告系统(Web-based injury statistics query and reporting system,WISQARS)。数据显示,2003—2017 年,黑种人男性青少年的自杀死亡占比(71.77%)高于女性青少年(28.23%),而黑种人女性青少年自杀率的年度百分比增幅是男性青少年的两倍多[16]。LGBT 青少年,即女同性恋(lesbian)、男同性恋(gay)、双性恋(bisexual)、变性者(transgender)青少年,相较于非 LGBT 青少年,表现出更高的自杀意念率和自杀企图率[8,17]。自杀行为的其他重要风险因素还包括精神疾病史和不良的童年经历(自杀或精神疾病家族史、自杀企图、生活压力、心理创伤史、亲子冲突、法律问题)[8]。

4 早期筛查

4.1 筛查工具

4.1.1 MDD 筛查工具:多种筛查工具可用于识别儿童和青少年 MDD,部分已在初级保健中得到应用。临床实践中常用的 MDD 筛查工具包括青少年患者健康问卷(Patient Health Questionnaire for Adolescents,PHQ-A)、流调中心抑郁症量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale,CES-D)、初级保健版本的贝克抑郁量表(Beck Depression Inventory,BDI)[8,13]。

PHQ-A 是基于 9 项患者健康问卷(Patient Health Questionnaire-9,PHQ-9)修订而来的,是 PHQ-9 的青少年版本,针对青少年的语言表达方式和生活经历进行了调整,以更好地评估青少年的 MDD[18]。PHQ-A 是一种自我管理的工具,可用于帮助初级保健医生在青少

年患者中识别 MDD 等精神疾病[19]。PHQ-A 包含 9 个条目，评估受试者过去 2 周的感受，总分为 0~27 分，得分越高表示 MDD 越严重[20]。PHQ-A 在中国儿童和青少年 MDD 患者中具有良好的信度（Macdonald Ω 系数为 0.87，重测信度为 0.70）和效度［比较拟合指数（comparative fit index，CFI）、拟合度指数（goodness of fit index，GFI）为 0.94，近似均方根误差（root mean square error of approximation，RMSEA）为 0.08］[21]。与心理健康专业人员进行的半结构化临床访谈相比，PHQ-A 表现出令人满意的灵敏度（73%）、特异度（94%）、总体诊断准确性（92%）和诊断一致性（*Kappa* 值为 0.59）[19]。PHQ-A 可以帮助初级保健医生在青少年患者中早期识别 MDD，但鉴于对青少年常规使用筛查工具可能会带来标签化、污名化以及不适当或过度治疗的风险，因此，对于通过 PHQ-A 量表被诊断为 MDD 的患者，建议医生进行后续询问，以确定精神症状及相关的功能损害或痛苦[19]。

CES-D 是一种用于评估个体过去 1 周抑郁状态的自评问卷，由美国国立精神卫生研究院的 RADLOFF[22] 在 1977 年开发。该量表共计 20 个条目，涵盖抑郁情绪、积极情绪、躯体症状与活动迟滞、人际 4 个维度[22]。每个条目按 0~3 级评分，其中 0 分表示偶尔或无（<1 d），1 分表示有时（1~2 d），2 分表示时常或一半时间（3~4 d），3 分表示多数时间或持续（5~7 d），总分范围为 12~48 分，分数越高表示受试者发生 MDD 的风险越高，一般认为总分≥ 20 分为抑郁症状的临界值，≥ 28 分为 MDD 筛查的临界值[23-24]。CES-D 在全球多个国家经过翻译和使用，显示出良好的信效度（Cronbach's α 系数为 0.90，CFI 为 0.98、GFI 为 0.95，RMSEA 为 0.06），且已在中国城市人群中建立了不同性别与年龄组的常模[25]。

BDI- Ⅱ是由贝克等 1996 年根据美国 DSM 第四版（DSM- Ⅳ）的标准，对 BDI 进行修订而成的自评量表[26]。BDI- Ⅱ是当前应用较广泛的 MDD 自评工具之一，适用于评估精神疾病患者和正常人群在过去 2 周内的抑郁症状及其严重程度[27]。该量表包含 21 个条目，采用 0~3 级评分，总分范围为 0~63 分。根据量表评分将 MDD 分为 4 级：0~13 分为无抑郁，14~19 分为轻度抑郁，20~28 分为中度抑郁，29~63 分为重度抑郁[28]。BDI- Ⅱ中文版（BDI- Ⅱ -C）已在中国青少年群体中展现出良好的信度（Cronbach's α 系数为 0.93）和效度（CFI 为 0.97，RMSEA 为 0.03），能作为我国青少年 MDD 筛查和严重程度评估的自评工具[29]。

目前，USPSTF 声明中尚无证据表明何种工具为最优选，每个 MDD 筛查工具的适用年龄、条目数量、完成这些条目所需的时间各不相同。使用 MDD 筛查工具进行初步筛查之后应由医生通过额外的询问或面谈以全面诊断。

4.1.2 自杀行为风险筛查工具：自杀风险筛查工具通常包括对当前自杀意念、自伤行为以及对既往自杀企图和自杀行为的评估[8]。2014 年发布的 USPSTF 声明中，提及了一种关于儿童和青少年人群的自杀风险筛查工具（Suicide Risk Screen，SRS）。该工具共计 20 个条目，被嵌入到高中调查问卷中，旨在识别这一年龄段学生的自杀风险[12]。THOMPSON 等[30] 对潜在高中辍学青少年使用 SRS，以检验其识别自杀风险青少年的有效性，研究发现自杀风险严重程度与 SRS 标准定义的分类显著相关，SRS 的灵敏度为 87%~100%，特异度为 54%~60%。结果提示 SRS 是一种有效和实用的方法，可用于在学校环境中识别潜在辍学的自杀风险青年。然而，由于其特异度处于中等水平，因此需要临床医生对筛查结果进行后续的详细评估和确认诊断，以确保准确性和适当的干预措施。其他适用于该人群的自杀风险筛查工具还包括：自杀筛查问题（Ask Suicide-Screening Questions，ASQ）、青少年版自杀意念问卷（Suicidal Ideation Questionnaire-Junior，SIQ-Jr）和贝克自杀意念量表（Beck Scale for Suicidal Ideation，BSSI）等[31-33]。许多 MDD 筛查工具都包含至少一个与自杀意念相关的条目，但依赖这些工具来筛查自杀意念可能并不充分[8]。此外，尽管已有多种自杀风险筛查工具被开发出来，但其心理测量特性常不足以用于儿童和青少年人群，且与临床访谈相比，这些工具的准确性仍然不能确定[8]。此外，USPSTF 声明指出缺乏有关初级保健临床医生筛查儿童和青少年自杀风险频率的数据[8]。基于以上这些原因，USPSTF 声明并未对自杀风险筛查给出具体推荐。

4.2 早期筛查的利弊

4.2.1 MDD 早期筛查利弊分析：USPSTF 声明推荐对 12~18 岁的青少年进行 MDD 筛查[8]。研究表明，大约一半的青少年 MDD 患者直到成年后才被确诊[34]。由于寻求 MDD 治疗存在相关的污名化问题，儿童和青少年有病耻感，故开展 MDD 筛查可能有利于该人群的精神卫生健康状况[35]。USPSTF 声明强调，筛查应通过适当的系统实施，以确保准确的诊断、有效的治疗和适当的随访[8]。对于 11 岁及以下的儿童，由于现有证据不足，故 USPSTF 无法确切地评估该人群进行 MDD 筛查的利弊。此外，USPSTF 声明还警示了对任何年龄段的儿童和青少年进行 MDD 筛查的潜在危害，包括因早期筛查结果假阳性带来的不必要的转诊（时间成本和经济负担）、治疗、焦虑、标签化和污名化。目前，尚缺乏直接评估初级保健中 MDD 筛查利弊的试验[36]。因此，迫切需要开展大规模、高质量的 RCT 研究，以便更全面地了解在初级保健中进行 MDD 筛查对儿童和青少年

长期健康结果的影响，为临床决策提供更切实的科学依据。

4.2.2 自杀行为早期风险筛查利弊分析：一项对2000—2010年8个心理健康研究网络（Mental Health Research Network，MHRN）卫生系统自杀死亡的纵向研究发现，仅有16.3%的0~19岁的儿童和青少年在死亡前4周内进行过心理健康诊断[37]。这一发现突显了在儿童和青少年中早期识别自杀风险的紧迫性，尤其是考虑到父母与子女在自杀倾向报告上的不一致，父母往往不知道子女有自杀意念[38-39]。尽管2项RCT（n=2 675）显示，自杀风险筛查并未增加短期痛苦，但当前缺乏足够的证据来评估这一年龄段儿童和青少年自杀风险筛查的潜在危害[40-41]。因此，USPSTF声明认为，基于现有证据，无法确切评估对儿童和青少年进行自杀风险筛查的利弊，强调了进一步研究的必要性以支持临床决策[8]。

5 治疗与干预

5.1 MDD的治疗

儿童和青少年MDD的治疗方案包括药物治疗、心理治疗和联合治疗[35]。USPSTF声明指出，不充分的支持和后续跟踪可能导致治疗失败或带来伤害[8]。需要有完善的系统和足够数量且训练有素的医疗专业人员来确保对患者进行筛查。若筛查结果呈阳性，则进行适当的转诊和循证护理治疗。

5.1.1 药物治疗：尽管有多种抗抑郁药物被批准用于成人MDD的治疗，包括三环类抗抑郁药（tricyclic antidepressant，TCA）、选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitor，SSRI）、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（serotonin-noradrenalin reuptake inhibitor，SNRI）和单胺氧化酶抑制剂（monoamine oxidase inhibitor，MAOI）[42]，但针对儿童和青少年MDD治疗的研究相对较少。SSRI是儿童和青少年MDD治疗的一线药物，其中氟西汀是目前美国食品药品监督管理局（Food and Drug Administration，FDA）批准用于治疗8岁及以上儿童MDD的唯一药物[35]。此外，FDA也批准了艾司西酞普兰用于治疗12~17岁青少年的MDD[35]。一项Meta分析显示，氟西汀在儿童和青少年MDD患者的短期（6~10周）症状强度控制方面取得了显著效果，且具有较好的耐受性。值得注意的是，该分析显示，氟西汀治疗并未导致自杀想法的显著变化，且与头痛和皮疹不良反应的风险较高相关[42]，这是一个关键的安全考量点。尽管如此，FDA在对儿童和青少年MDD患者的短期治疗研究中发现，与安慰剂相比，使用抗抑郁药增加了儿童和青少年自杀倾向的风险[43]。这一发现强调了在考虑为儿童和青少年开具抗抑郁药物处方时，医疗专业人员必须仔细权衡潜在的自杀风险与临床需求。此外，一旦开始抗抑郁治疗，医护人员应对患者进行密切监测，以评估其临床症状、自杀或异常行为的变化。

5.1.2 心理治疗：心理治疗对8~19岁青少年MDD患者的治疗效果显著[44]。对于MDD患者，可选择多种心理治疗方法，常见的包括认知行为治疗（cognitive behavioral therapy，CBT）、人际关系治疗（interpersonal therapy，IPT）、心理动力治疗和家庭治疗等[45]。在儿童和青少年MDD的心理治疗领域，CBT和IPT因其坚实的证据基础而被认为是最有效的治疗方法[35，46-47]。应用CBT和IPT治疗儿童和青少年时，需根据其认知和心理发展特点，灵活调整治疗策略[3]。这意味着要重视儿童的自主性和独立性水平，根据儿童的抽象思维能力调整治疗中的认知要素，以适应儿童和青少年的发展需求。

5.1.3 协作护理模式：协作护理模式是一种多学科团队协作的、卫生保健系统级别的干预措施，通过护理管理者将初级保健临床医生、患者和心理健康专家联系起来[8]。协作护理模式的核心特征包括结构化的管理方案、规律性的患者随访机制以及强化的跨专业交流体系（书面反馈、团体会议、个体化的咨询）[48]。这种模式旨在通过多学科团队的合作，优化患者的治疗与护理流程，提升医疗服务质量和效率。有证据显示，协作护理干预能显著改善抑郁结局[49-50]。然而，目前关于协作护理模式的研究多聚焦于MDD的围产期管理[51-54]、成人MDD共病（癌症[55-56]、肥胖症[57-58]）患者的护理，关注儿童和青少年人群协作护理模式的研究较少。因此，USPSTF在其声明中强调，未来亟需加强儿童和青少年MDD患者协作护理的研究，以填补现有知识空白，并进一步优化治疗方案。

5.2 自杀行为的干预

对儿童和青少年的自杀行为干预措施包括心理治疗（IPT、CBT、辩证行为治疗）、药物治疗（抗抑郁药、抗精神病药和情绪稳定剂）和物理治疗（高频重复经颅磁刺激、无抽搐电休克治疗）[35，59-60]。除了这些治疗之外，有护理人员参与的安全规划干预措施同样重要，旨在减少自杀手段的获取机会或降低其致命性。具体而言，初级保健提供者可以开展教育项目，指导处于危机中的儿童和青少年家属如何安全存放药物、移除可能用于自杀行为的物品等[35，61]。

6 小结

USPSTF声明描述了儿童和青少年MDD和自杀行为筛查及治疗中存在的问题和采取的措施，推荐对12~18岁的青少年进行MDD筛查。然而，由于现有证据不足，USPSTF指出尚缺乏对儿童和青少年MDD和自杀风险

筛查及治疗利弊的深入研究，故无法明确早期识别和干预的最佳方法。因此，初级保健医护人员应结合我国儿童和青少年 MDD 患者的特点、家庭功能、我国卫生保健系统服务能力等，探索科学有效的筛查和干预措施，开展针对性的研究，从而优化治疗方案并提高治疗效果。

作者贡献：章琪负责文章的构思与设计、文献收集与整理、撰写文章、文章修改；和申负责写作指导、内容审阅；李华负责文章的质量控制、监督管理。

本文无利益冲突。

章琪 https://orcid.org/0009-0008-8385-1615

李华 https://orcid.org/0000-0002-9604-9241

参考文献

[1] SIMON YEUNG K，HERNANDEZ M，MAO J J，et al. Herbal medicine for depression and anxiety：a systematic review with assessment of potential psycho-oncologic relevance［J］. Phytother Res，2018，32（5）：865-891. DOI：10.1002/ptr.6033.

[2] 傅小兰，张侃，陈雪峰，等. 中国国民心理健康发展报告（2021~2022）［M］. 北京：社会科学文献出版社，2023.

[3] WALTER H J，REESE ABRIGHT A，BUKSTEIN O G，et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders［J］. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry，2023，62（5）：479-502. DOI：10.1016/j.jaac.2022.10.001.

[4] WHALEN D J，SYLVESTER C M，LUBY J L. Depression and anxiety in preschoolers：a review of the past 7 years［J］. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am，2017，26（3）：503-522. DOI：10.1016/j.chc.2017.02.006.

[5] GOLDMAN S. Developmental epidemiology of depressive disorders［J］. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am，2012，21（2）：217-235，vii. DOI：10.1016/j.chc.2011.12.002.

[6] ZUCKERBROT R A，CHEUNG A，JENSEN P S，et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care（GLAD-PC）：part Ⅰ. Practice preparation，identification，assessment，and initial management［J］. Pediatrics，2018，141（3）：e20174081. DOI：10.1542/peds.2017-4081.

[7] MULLEN S. Major depressive disorder in children and adolescents［J］. Ment Health Clin，2018，8（6）：275-283. DOI：10.9740/mhc.2018.11.275.

[8] US Preventive Services Task Force，MANGIONE C M，BARRY M J，et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents：US Preventive Services Task Force recommendation statement［J］. JAMA，2022，328（15）：1534-1542. DOI：10.1001/jama.2022.16946.

[9] BIRMAHER B，BRENT D，AACAP Work Group on Quality Issues，et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders［J］. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry，2007，46（11）：1503-1526. DOI：10.1097/chi.0b013e318145ae1c.

[10] CHESNEY E，GOODWIN G M，FAZEL S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders：a meta-review［J］. World Psychiatry，2014，13（2）：153-160. DOI：10.1002/wps.20128.

[11] HERON M P. Deaths：Leading Causes for 2019［J］. National vital statistics reports：from the Centers for Disease Control and Prevention，National Center for Health Statistics，National Vital Statistics System，2021，70（9）：1-114.

[12] LEFEVRE M L，U.S. Preventive Services Task Force. Screening for suicide risk in adolescents，adults，and older adults in primary care：U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement［J］. Ann Intern Med，2014，160（10）：719-726. DOI：10.7326/M14-0589.

[13] SIU A L，US Preventive Services Task Force. Screening for depression in children and adolescents：US Preventive Services Task Force recommendation statement［J］. Pediatrics，2016，137（3）：e20154467. DOI：10.1542/peds.2015-4467.

[14] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders［M/OL］. Fifth Edition. American Psychiatric Association，2013.［2024-11-01］. https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596.

[15] MALHI G S，MANN J J. Depression［J］. Lancet，2018，392（10161）：2299-2312. DOI：10.1016/s0140-6736(18)31948-2.

[16] SHEFTALL A H，VAKIL F，RUCH D A，et al. Black youth suicide：investigation of current trends and precipitating circumstances［J］. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry，2022，61（5）：662-675. DOI：10.1016/j.jaac.2021.08.021.

[17] REAM G L. What's unique about lesbian，gay，bisexual，and transgender（LGBT）youth and young adult suicides? Findings from the national violent death reporting system［J］. J Adolesc Health，2019，64（5）：602-607. DOI：10.1016/j.jadohealth.2018.10.303.

[18] NANDAKUMAR A L，VANDE VOORT J L，NAKONEZNY P A，et al. Psychometric properties of the patient health questionnaire-9 modified for major depressive disorder in adolescents［J］. J Child Adolesc Psychopharmacol，2019，29（1）：34-40. DOI：10.1089/cap.2018.0112.

[19] JOHNSON J G，HARRIS E S，SPITZER R L，et al. The patient health questionnaire for adolescents：validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients［J］. J Adolesc Health，2002，30（3）：196-204. DOI：10.1016/s1054-139x(01)00333-0.

[20] 罗学荣，汤信海，申艳梅. 青少年抑郁症的评估与管理［J］. 中国儿童保健杂志，2024，32（7）：700-703.

[21] CHEN Y Q，HUANG X J，YANG F，et al. A Chinese adaptation of the patient health questionnaire for adolescents（PHQ-a）：factor structure and psychometric properties［J］. BMC Psychiatry，2024，24（1）：331. DOI：10.1186/s12888-024-05783-3.

[22] RADLOFF L S. The CES-D scale［J］. Appl Psychol Meas，1977，1（3）：385-401. DOI：10.1177/014662167700100306.

[23] 韩梅，贾存显. 农村不同人群 CES-D 抑郁量表信度及效度评价［J］. 中国公共卫生，2012，28（10）：1265-1267.

[24] 廖娟娟，郑亚楠，黄亮明，等. PHQ-2-C、CES-D 和 BDI-Ⅱ-C 在筛查青少年抑郁障碍中的应用研究［J］. 国际精神病学杂志，2017，44（1）：23-25，36. DOI：10.13479/j.cnki.jip.2017.01.003.

[25] 章婕，吴振云，方格，等. 流调中心抑郁量表全国城市常模

的建立［J］. 中国心理卫生杂志，2010，24（2）：139-143. DOI：10.3969/j.issn.1000-6729.2010.02.015.
［26］SMARR K L，KEEFER A L. Measures of depression and depressive symptoms：beck depression inventory- Ⅱ（BDI- Ⅱ），center for epidemiologic studies depression scale（CES-D），geriatric depression scale（GDS），hospital anxiety and depression scale（HADS），and patient health questionnaire-9（PHQ-9）［J］. Arthritis Care Res，2011，63（Suppl 11）：S454-466. DOI：10.1002/acr.20556.
［27］MCPHERSON A，MARTIN C R. A narrative review of the Beck Depression Inventory（BDI）and implications for its use in an alcohol-dependent population［J］. J Psychiatr Ment Health Nurs，2010，17（1）：19-30. DOI：10.1111/j.1365-2850.2009.01469.x.
［28］袁刚，赵晋，郑冬，等 . 抑郁自评量表和贝克抑郁量表区分抑郁症严重程度的准确度［J］. 神经疾病与精神卫生，2021，21（12）：868-873. DOI：10.3969/j.issn.1009-6574.2021.12.006.
［29］杨文辉，刘绍亮，周烃，等 . 贝克抑郁量表第 2 版中文版在青少年中的信效度［J］. 中国临床心理学杂志，2014，22（2）：240-245. DOI：10.16128/j.cnki.1005-3611.2014.02.018.
［30］THOMPSON E A，EGGERT L L. Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts［J］. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry，1999，38（12）：1506-1514. DOI：10.1097/00004583-199912000-00011.
［31］HOROWITZ L M，BRIDGE J A，TEACH S J，et al. Ask suicide-screening questions（ASQ）：a brief instrument for the pediatric emergency department［J］. Arch Pediatr Adolesc Med，2012，166（12）：1170-1176. DOI：10.1001/archpediatrics.2012.1276.
［32］COURTNEY D B，ISEYAS N，MONGA S，et al. Systematic review：the measurement properties of the suicidal ideation questionnaire and suicidal ideation questionnaire-jr［J］. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry，2024，63（9）：870-887. DOI：10.1016/j.jaac.2023.10.013.
［33］PATTERSON S. Suicide risk screening tools and the youth population［J］. Child Adoles Psych Nursing，2016，29（3）：118-126. DOI：10.1111/jcap.12148.
［34］KESSLER R C，AVENEVOLI S，RIES MERIKANGAS K. Mood disorders in children and adolescents：an epidemiologic perspective［J］. Biol Psychiatry，2001，49（12）：1002-1014. DOI：10.1016/s0006-3223(01)01129-5.
［35］VISWANATHAN M，WALLACE I，MIDDLETON J C，et al. Screening for depression，anxiety，and suicide risk in children and adolescents：an evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force［DB/OL］.［2024-11-01］. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585407/.
［36］VISWANATHAN M，WALLACE I F，COOK MIDDLETON J，et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents：updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force［J］. JAMA，2022，328（15）：1543-1556. DOI：10.1001/jama.2022.16310.
［37］AHMEDANI B K，SIMON G E，STEWART C，et al. Health care contacts in the year before suicide death［J］. J Gen Intern Med，2014，29（6）：870-877. DOI：10.1007/s11606-014-2767-3.
［38］DEVILLE D C，WHALEN D，BRESLIN F J，et al. Prevalence and family-related factors associated with suicidal ideation，suicide attempts，and self-injury in children aged 9 to 10 years［J］. JAMA Netw Open，2020，3（2）：e1920956. DOI：10.1001/jamanetworkopen.2019.20956.
［39］JONES J D，BOYD R C，CALKINS M E，et al. Parent-adolescent agreement about adolescents' suicidal thoughts［J］. Pediatrics，2019，143（2）：e20181771. DOI：10.1542/peds.2018-1771.
［40］GOULD M S，MARROCCO F A，KLEINMAN M，et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs：a randomized controlled trial［J］. JAMA，2005，293（13）：1635-1643. DOI：10.1001/jama.293.13.1635.
［41］ROBINSON J，PAN YUEN H，MARTIN C，et al. Does screening high school students for psychological distress，deliberate self-harm，or suicidal ideation cause distress—and is it acceptable? An Australian-based study［J］. Crisis，2011，32（5）：254-263. DOI：10.1027/0227-5910/a000087.
［42］REYAD A A，PLAHA K，GIRGIS E，et al. Fluoxetine in the management of major depressive disorder in children and adolescents：a meta-analysis of randomized controlled trials［J］. Hosp Pharm，2021，56（5）：525-531. DOI：10.1177/0018578720925384.
［43］LEON A C. The revised black box warning for antidepressants sets a public health experiment in motion［J］. J Clin Psychiatry，2007，68（7）：1139-1141. DOI：10.4088/jcp.v68n0723.
［44］WEISZ J R，MCCARTY C A，VALERI S M. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents：a meta-analysis［J］. Psychol Bull，2006，132（1）：132-149. DOI：10.1037/0033-2909.132.1.132.
［45］中华医学会，中华医学会杂志社，中华医学会全科医学分会，等. 抑郁症基层诊疗指南（实践版·2021）［J］. 中华全科医师杂志，2021，20（12）：1261-1268. DOI：10.3760/cma.j.cn114798-20211020-00779.
［46］DAVID-FERDON C，KASLOW N J. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression［J］. J Clin Child Adolesc Psychol，2008，37（1）：62-104. DOI：10.1080/15374410701817865.
［47］MUFSON L，SILLS R. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents（IPT-a）：an overview［J］. Nord J Psychiatry，2006，60（6）：431-437. DOI：10.1080/08039480601022397.
［48］GUNN J，DIGGENS J，HEGARTY K，et al. A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care［J］. BMC Health Serv Res，2006，6：88. DOI：10.1186/1472-6963-6-88.
［49］SIGHINOLFI C，NESPECA C，MENCHETTI M，et al. Collaborative care for depression in European countries：a systematic review and meta-analysis［J］. J Psychosom Res，2014，77（4）：247-263. DOI：10.1016/j.jpsychores.2014.08.006.
［50］RICHARDSON L P，LUDMAN E，MCCAULEY E，et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care：a randomized clinical trial［J］. JAMA，2014，312（8）：809-816. DOI：10.1001/jama.2014.9259.
［51］WELLS T. Postpartum depression：screening and collaborative management［J］. Prim Care，2023，50（1）：127-142. DOI：



10.1016/j.pop.2022.10.011.

[52] MILLER E S，GROBMAN W A，CIOLINO J D，et al. Increased depression screening and treatment recommendations after implementation of a perinatal collaborative care program［J］. Psychiatr Serv，2021，72（11）：1268–1275. DOI：10.1176/appi.ps.202000563.

[53] SNOWBER K，CIOLINO J D，CLARK C T，et al. Associations between implementation of the collaborative care model and disparities in perinatal depression care［J］. Obstet Gynecol，2022，140（2）：204–211. DOI：10.1097/AOG.0000000000004859.

[54] KLATTER C K，VAN RAVESTEYN L M，STEKELENBURG J. Is collaborative care a key component for treating pregnant women with psychiatric symptoms（and additional psychosocial problems）? A systematic review［J］. Arch Womens Ment Health，2022，25（6）：1029–1039. DOI：10.1007/s00737-022-01251-7.

[55] LI M，KENNEDY E B，BYRNE N，et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer［J］. Psychooncology，2017，26（5）：573–587. DOI：10.1002/pon.4286.

[56] WALKER J，HOBBS H，WANAT M，et al. Implementing collaborative care for major depression in a cancer center：an observational study using mixed-methods［J］. Gen Hosp Psychiatry，2022，76：3–15. DOI：10.1016/j.genhosppsych.2022.03.003.

[57] MOULTON C D，THARMARAJA T，HOPKINS C W P. Collaborative care for adults with obesity and depression［J］. JAMA，2019，322（4）：367–368. DOI：10.1001/jama.2019.6774.

[58] MA J，VENDITTI E M，SNOWDEN M B. Collaborative care for adults with obesity and depression-reply［J］. JAMA，2019，322（4）：368. DOI：10.1001/jama.2019.6778.

[59] CROARKIN P E，NAKONEZNY P A，DENG Z D，et al. High-frequency repetitive TMS for suicidal ideation in adolescents with depression［J］. J Affect Disord，2018，239：282–290. DOI：10.1016/j.jad.2018.06.048.

[60] 贾玉萍，苏亮，徐一峰. 无抽搐电休克治疗在儿童青少年精神障碍患者中的应用［J］. 临床精神医学杂志，2022，32（6）：502–504. DOI：10.3969/j.issn.1005-3220.2022.06.022.

[61] MORKEN I S，DAHLGREN A，LUNDE I，et al. The effects of interventions preventing self-harm and suicide in children and adolescents：an overview of systematic reviews［J］. F1000Res，2019，8：890. DOI：10.12688/f1000research.19506.2.

（收稿日期：2024-12-04；修回日期：2025-01-22）

（本文编辑：康艳辉）